



中国慢性病防控及慢病成本管理

中国疾控中心 慢病社区处 吴静





- ◀ **中国慢性病流行现状及防控的几个核心信息**
- ◀ **慢性病成本管理的几个关键问题**

中国慢性病防控面临的挑战



- ❖ 疾病负担重
- ❖ 对劳动力人口打击大
- ❖ 可防可控危险因素未得到有效防控
- ❖ 防控力度增加但仍需继续加强
- ❖ 慢病成本管理尚在探索

疾病负担：China ranks for top 25 causes of YLLs, all ages, 1990 to 2010



1990 mean rank (95% UI)

1.6 (1, 3)	1 Lower respiratory infections
2.2 (1, 3)	2 Stroke
2.2 (1, 3)	3 COPD
5.2 (4, 8)	4 Congenital anomalies
5.7 (4, 10)	5 Drowning
7.1 (4, 12)	6 Neonatal encephalopathy
7.6 (4, 10)	7 Ischemic heart disease
7.7 (4, 14)	8 Self-harm
8.6 (4, 13)	9 Preterm birth complications
9.9 (4, 14)	10 Road injury
10.5 (6, 13)	11 Stomach cancer
10.5 (8, 13)	12 Liver cancer
12.5 (8, 14)	13 Lung cancer
14.6 (13, 18)	14 Cirrhosis
14.7 (13, 16)	15 Tuberculosis
15.8 (14, 18)	16 Diarrheal diseases
17.5 (16, 19)	17 Rheumatic heart disease
17.7 (15, 20)	18 Esophageal cancer
19.3 (17, 21)	19 Falls
20.7 (19, 24)	20 Leukemia
21.7 (16, 25)	21 Poisonings
22.1 (21, 26)	22 Colorectal cancer
22.8 (20, 26)	23 Hypertensive heart disease
25.1 (22, 28)	24 Diabetes
25.7 (23, 30)	25 Meningitis

27 Chronic kidney disease
37 Breast cancer
48 Other cardio & circulatory
117 HIV/AIDS

2010 mean rank (95% UI)

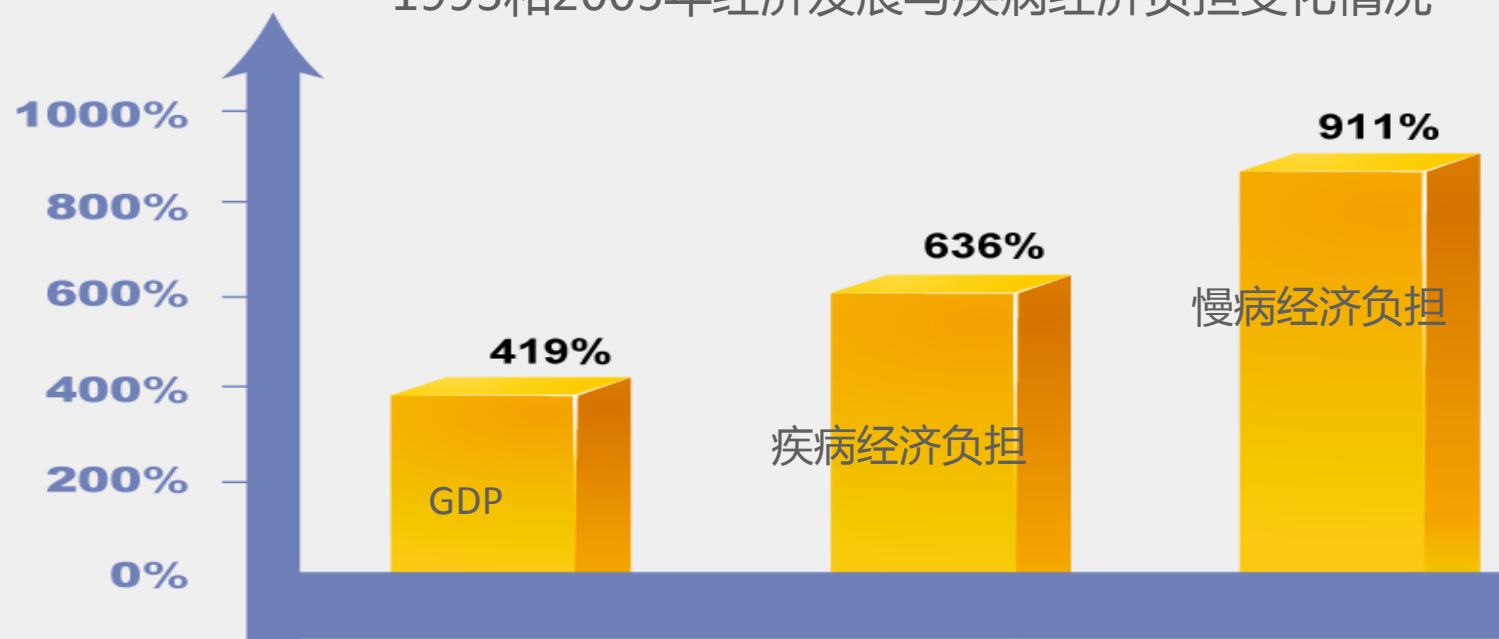
1 Stroke	1.0 (1, 1)	28 (-13, 37)
2 Ischemic heart disease	2.1 (2, 3)	86 (23, 103)
3 COPD	3.3 (3, 5)	-45 (-51, -40)
4 Road injury	4.1 (2, 6)	65 (-9, 188)
5 Lung cancer	4.9 (3, 7)	88 (27, 112)
6 Liver cancer	5.7 (3, 6)	35 (17, 76)
7 Stomach cancer	7.3 (7, 9)	-12 (-24, 5)
8 Self-harm	7.9 (6, 9)	-45 (-55, 37)
9 Lower respiratory infections	9.0 (8, 11)	-81 (-84, -75)
10 Esophageal cancer	11.5 (9, 18)	5 (-40, 35)
11 Drowning	12.2 (9, 16)	-67 (-74, -32)
12 Congenital anomalies	12.4 (9, 18)	-67 (-79, -48)
13 Colorectal cancer	13.5 (10, 16)	33 (20, 98)
14 Diabetes	14.1 (11, 18)	71 (10, 91)
15 Falls	14.1 (11, 19)	5 (-30, 26)
16 Cirrhosis	14.9 (9, 19)	-50 (-57, 17)
17 Hypertensive heart disease	16.8 (13, 20)	23 (-8, 42)
18 Leukemia	18.9 (16, 23)	-10 (-33, 5)
19 Preterm birth complications	19.0 (14, 23)	-72 (-82, -58)
20 Neonatal encephalopathy	19.7 (13, 26)	-75 (-86, -60)
21 Other cardio & circulatory	20.5 (18, 22)	304 (213, 433)
22 Chronic kidney disease	21.2 (19, 24)	33 (-15, 51)
23 HIV/AIDS	24.3 (20, 29)	13,372 (5,588, 435,36)
24 Breast cancer	24.7 (22, 27)	69 (49, 99)
25 Poisonings	25.9 (22, 37)	-29 (-75, -3)

28 Rheumatic heart disease
29 Tuberculosis
49 Meningitis
60 Diarrheal diseases

Yang G, Murray CJ. Rapid health transition in China, 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2013 Jun

慢性病经济负担增长高于GDP增长

1993和2005年经济发展与疾病经济负担变化情况



	1993年	2005年	增速
GDP	35334	183218	419%
疾病经济负担	3208	23606	636%
慢病经济负担	1460	14762	911%

资料来源：饶克勤中国疾病负担研究

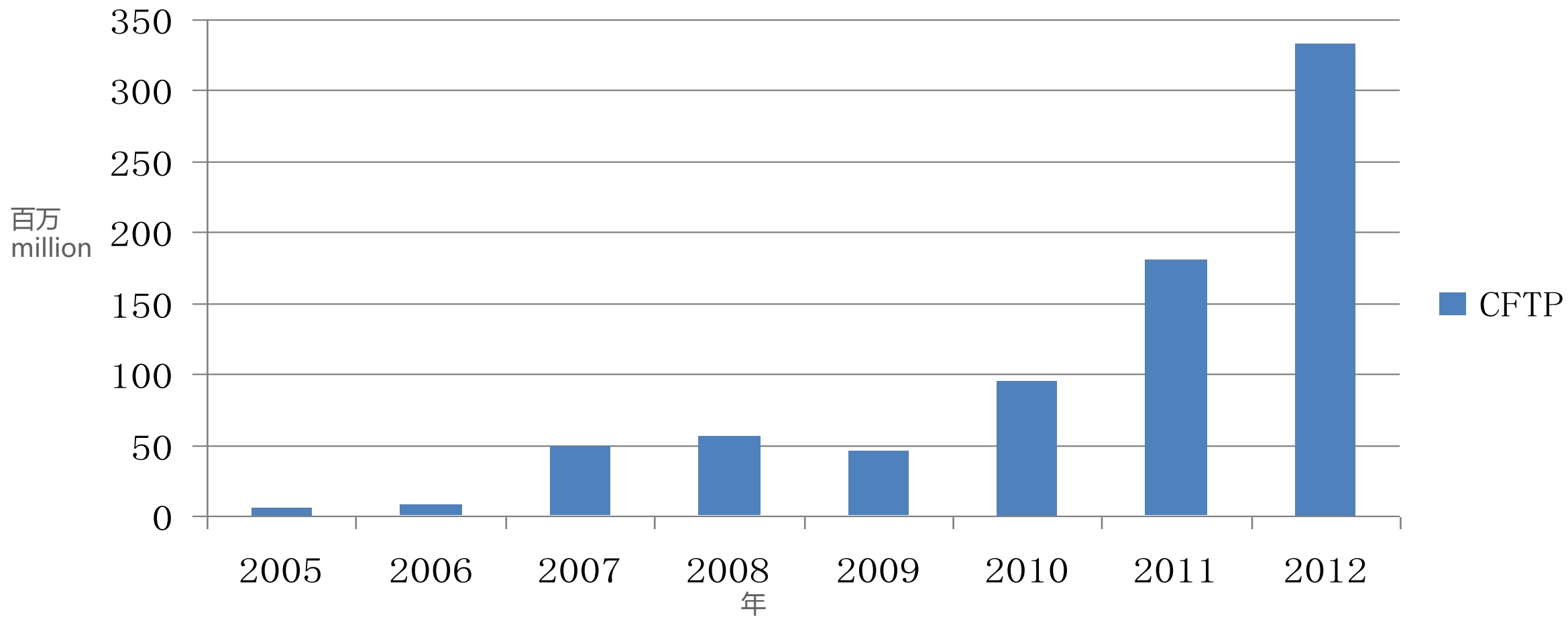
1993年慢病经济负担根据该年度主要慢性病的直接经济负担进行估计。

慢性病费用占卫生总费用比重

单位：亿元

年份	其他卫生费用	慢性病费用	卫生总费用	慢性病费用/THE(%)
2000	1 861. 639	1 215. 691	3 077. 33	39. 50
2010	4 933. 141	5 882. 521	10 815. 662	54. 39
2020	13 072. 31	29 388. 402	42 460. 712	69.21
2030	34 640. 25	148 947. 107	18 3 587. 35	81.1 3

慢性病防控经费

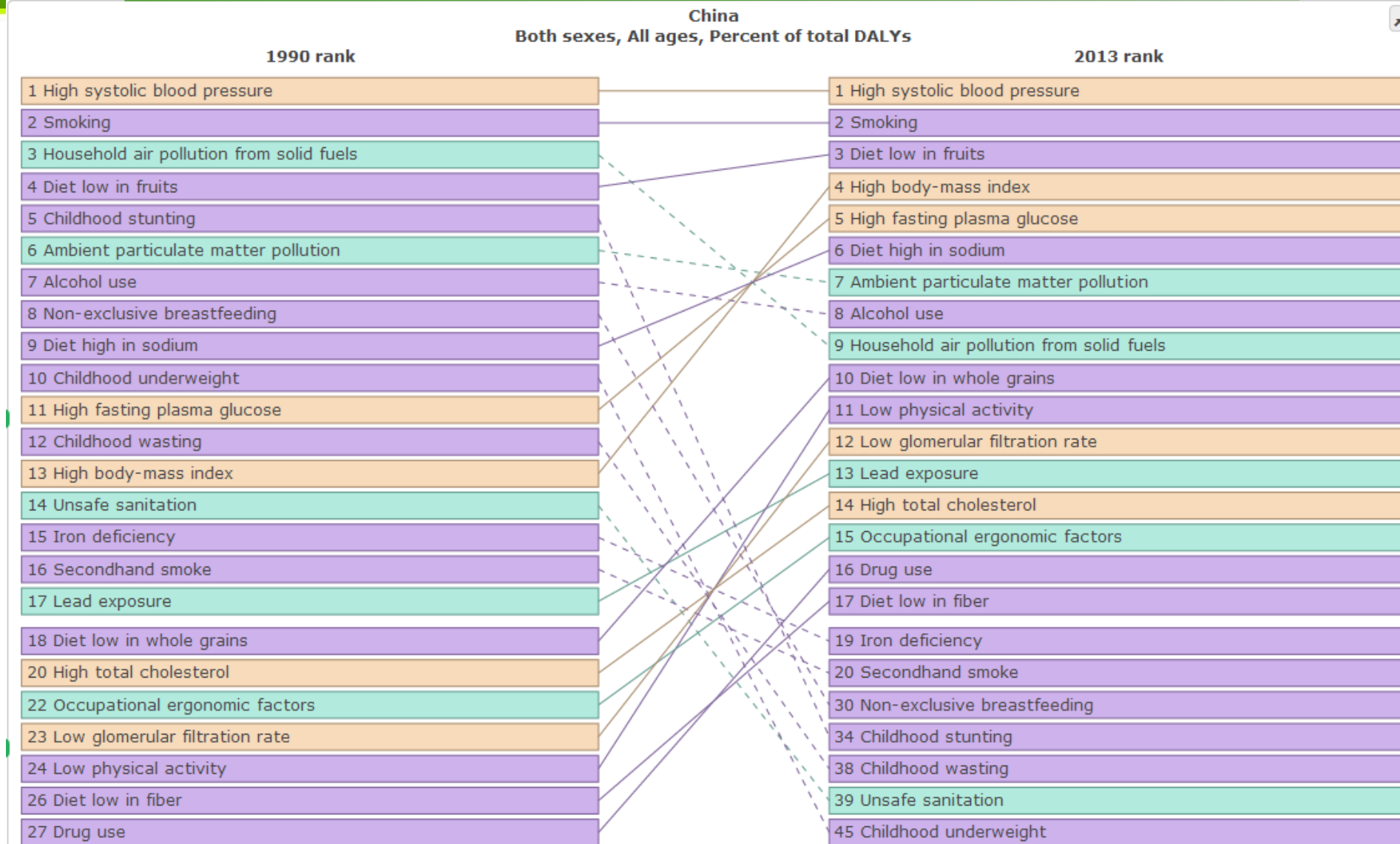


慢性病成本管理的几个关键问题



- ◀ **管理策略**：预防为主，联合防控
- ◀ **优先领域**：加强防控具有成本效益的危险因素
- ◀ **路径选择**：社区管理，防治结合
- ◀ **医保支撑**：慢病报销政策→预防性措施进医保
- ◀ **人力条件**：数量和质量都重要
- ◀ **信息手段**：IT助力慢病成本管理

管理策略：1990-2013归因不同危险因素DALY顺位



Zhou M, Liang X. Cause-specific mortality for 240 causes in China during 1990-2013: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. 2016 Jan

优先领域：五种优先干预措施的成本估计

	干预措施	每年人均成本（美元/人/年）		
		中国	印度	俄罗斯
烟草控制	加速履行烟草框架公约	0.14	0.16	0.49
控盐	大众媒体宣传和食品行业自发控盐行动	0.05	0.06	1.16
糖尿病，不合理膳食，和身体活动不足	大众媒体宣传，征收食品税，发放补助，使用明示标签，市场准入限制	0.43	0.35	1.18
有害饮酒行为	增加税收，严禁广告，限制酒类购买或获取	0.07	0.05	0.52
减少心血管疾病风险	慢病高危人群联合用药	1.02	0.90	1.73
人均成本总计*		1.72	1.52	4.06

*不包括未来治疗需要的花费

路径选择：以社区为基础的慢性病防控是最经济的途径



芬兰北卡(North Karelia , 1972 ~ 1977):

社区管理每增加一个QALY所需成本为4628美元(5%贴现率),

采用高血压普查和治疗策略, 每增加一个QALY大约需要11000美元

天津：

1991~1996效益成本比为2.48

其中1996年的效益成本比为4.98

田惠光,宋桂德,董燕敏,等.1996年天津市慢性病综合干预项目的成本-效用与成本-效益分析.中国慢性病预防与控制,2000;8 (4):147-150

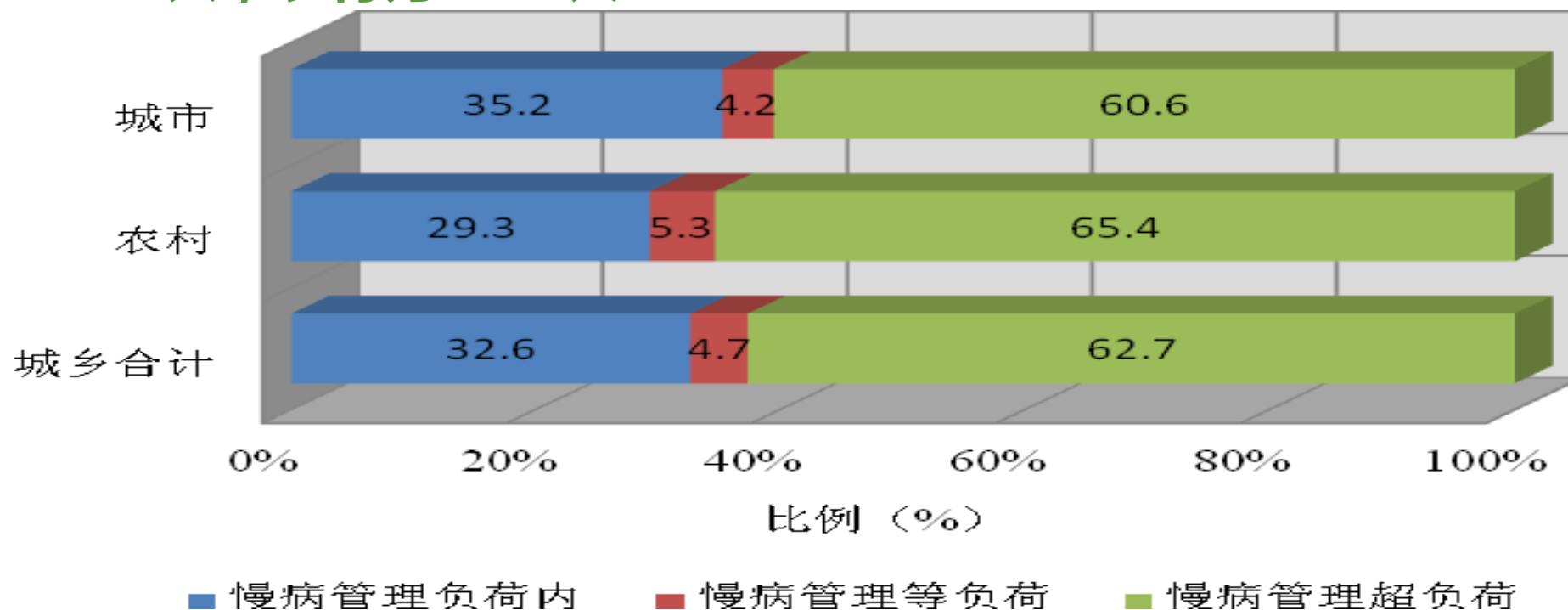
表 1 部分地区慢性病医疗保障政策比较

地区	病种覆盖范围	管理方法	政策特点	效果简评
盐城	将慢性病列为大额补充病种	建立大额补充医疗保险基金, 实行限额报销	建立专项基金, 限额 + 按比例负担	为大额补充病种提供资金来源, 解决患者费用问题; 但慢性病病种较少, 小额门诊费用得不到报销
徐州	分三大类, 不同类别不同标准	一个统筹年度个人累计支付超过一定金额, 由统筹基金最高补助限额和补助比例按医院不同进行补助	按病情严重程度分类, 病种范围广	病种范围较广, 受益患者增多; 但可能造成过度利用医疗卫生资源
临沂	27 种	在慢性病医疗保障中心费用即时按比例报销; 其他定点医院, 年末到医保处报销	门诊慢性病病种用药、监测管理系统软件; 即时按比例报销	病种覆盖较广, 信息化便于患者自由选择; 即时报销为患者带来方便
石家庄	37 种	单病种年度报销金额限额管理, 超过起付标准的部分在当年个人账户用完后, 由医疗补助基金和个人共同负担, 医疗补助基金支付 90%, 个人支付 10%	筹资互助, 重视个人负担的作用	有效控制费用, 但可能导致个人负担过重
青岛	43 个病种中, 20 个有限额标准	门诊大病与住院 (或家庭病床) 的医疗年度合并计算 多病种限额 = 基础限额 + 增加限额	多病种限额政策 以医疗年度为单位计算	医疗费用结算年以患者实际发生费用时间为起点, 维护患者经济利益; 多病种限额政策有利于减轻慢性病人负担
镇江	11 种	以就诊人头为核心的总额预算管理结算方式, 分别制定慢性病年度门诊药品费用标准, 年终根据实际慢性病服务人头和年度门诊药品费用标准结算	建立统一电子档案, 单独统计医疗保险数据	费用控制良好, 可能造成医生诱导消费
淮安	9 种	定额包干, 总量调控。超支部分医保与医院进行“三、七”分担, 节约部分 70% 奖励定点医院	病种分值, 定额包干, 总量调控	有效控制医疗费用, 有可能降低服务水平

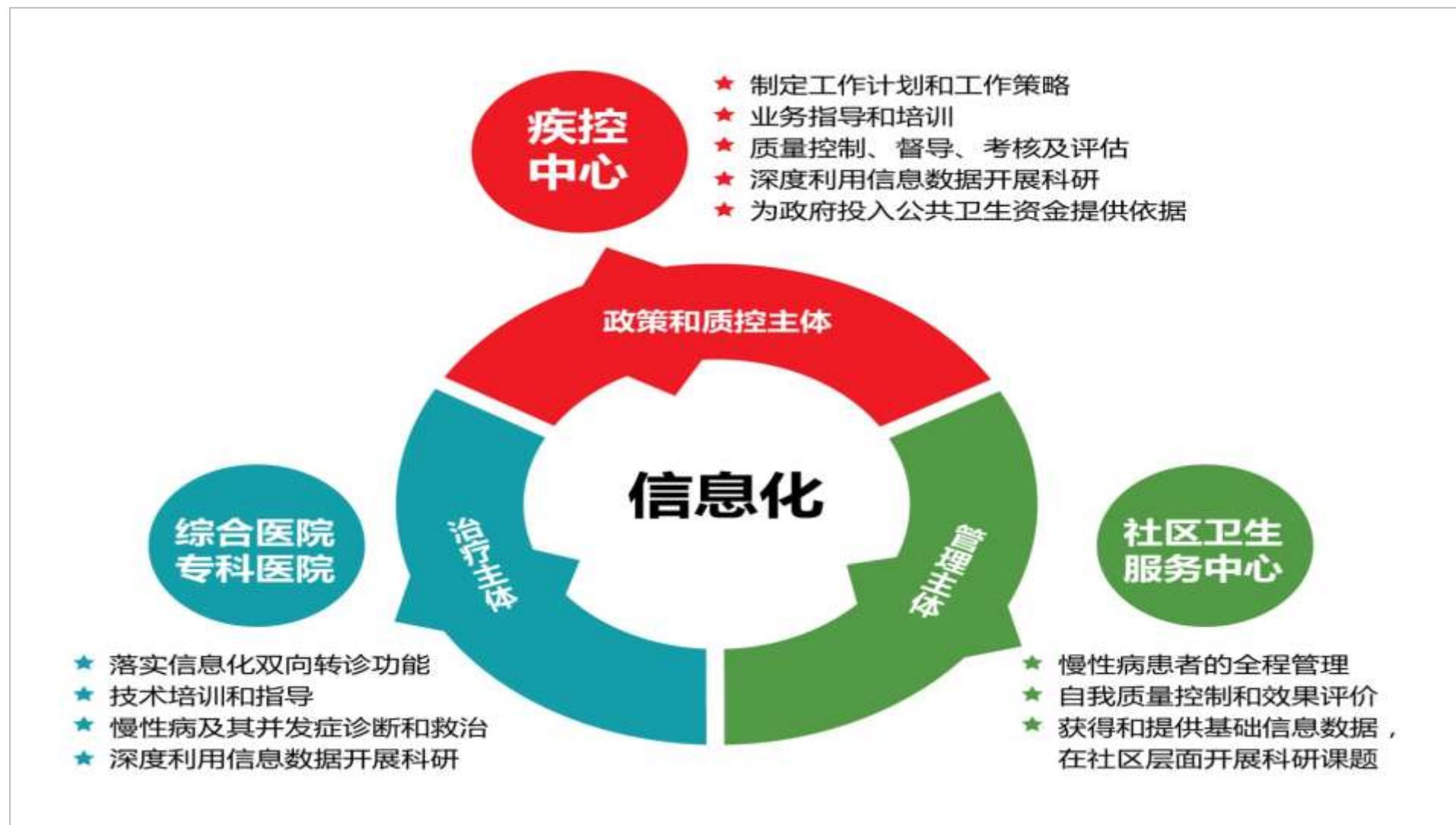
人力条件



- 医务人员平均每人管理患者人数：高血压患者、糖尿病患者和其他慢性病患者数分别为168.1、59.6和26.9
- 城市社区卫生服务中心医务人员反映平均最多能管理慢性病患者：城市为248.2人，农村为111.6人



信息化手段





希望交流合作，共同探索！
Thanks!